



Anschrift und Sitz
krankenkassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontaktdaten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@krankenkassennetz.de
Website : www.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Um nun Mitglied in der **BKK ProVita** zu werden, gehen Sie bitte wie folgt vor:



Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail (info@krankenkasseninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **BKK ProVita** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **BKK ProVita** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

Übrigens: Bei Beginn der Selbstständigkeit können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **BKK ProVita** wählen.

In diesem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **BKK ProVita** innerhalb von 14 Tagen nach dem Beginn zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Ich möchte Mitglied werden! zum



Die Kasse fürs Leben.

krankenkassennetz.de GmbH

Persönliche Angaben Frau Herr

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	
ggf. Geburtsname	
Familienstand	
Straße, Nr.	
PLZ	Ort
Telefon/Handy *	
E-Mail *	
Sozialversicherungsnummer	

Newsletter ja nein

Sonstige Angaben

Ich habe Familienangehörige, die ich gerne kostenfrei bei mir mitversichern möchte (Bitte füllen Sie den Antrag auf Seite 3 aus.)

Ehegatte/ Lebenspartner (LpartG) ist Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist Versicherungsnehmer/in in der privaten Krankenversicherung

Ich wurde von der Krankenversicherungspflicht befreit (bitte Nachweis beifügen)

Bankverbindung nur zur Erstattung von Leistungen zur Abbuchung von Beiträgen

IBAN

BIC Name der Bank

Ich beantrage einen Sozialversicherungsausweis. * freiwillige Angaben

Angaben zum Personenkreis (Mehrfachnennung möglich)

Arbeitnehmer/in Auszubildende/r Saisonarbeiter

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt Ich bin an der Firma mit% beteiligt Mein Einkommen liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze

Ich übe eine weitere Beschäftigung aus

Arbeitslosengeld Arbeitslosengeld II

Ich willige ein, dass die BKK ProVita die Höhe der geleisteten und erstatteten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung an das Finanzamt meldet.

nein ja/Steueridentifikationsnr:.....

Bitte tragen Sie folgend die Daten ihres Arbeitgebers / Agentur für Arbeit / Jobcenters ein:

Name

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Kundennummer bei Leistungsbeziehern

Beschäftigt seit/Leistungsbezug seit

Wie konnten wir Sie von uns begeistern? *

Naturheilverfahren Osteopathie Nachhaltigkeit pflanzliche Arzneimittel Ernährung Bonusprogramm

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? *

Website Zeitung/Radio Arbeitgeber Social Media Kanäle Messe Familie/Freunde Leistungserbringer (z. B. Arzt) Internetportale/Foren

Ich wurde geworben von:

Rentenbezug (Seite 2 Pkt. 1.3. ausfüllen; bei frw. Vers. Pkt. 1.2.) Versorgungsbezug (Seite 2 Pkt. 1.3. ausfüllen; bei frw. Vers. Pkt. 1.2.) Rentenanspruch (Seite 2 Pkt. 1.2. ausfüllen)

haupt-, nebenberuflich Selbständige/r Existenzgründer (Seite 2 Pkt. 1.1. + 1.2. ausfüllen) Künstler/in/ Publizisten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Hausfrau/-mann (Seite 2 Pkt. 1.2. ausfüllen)

Student/in (Immatrikulationsbescheinigung beifügen) Schüler/in (Seite 2 Pkt. 1.2. ausfüllen; Schulbescheinigung beifügen) (Ruhestands-) Beamter/in (Seite 2 Pkt. 1.2. ausfüllen)

Erwerbslose/r (Seite 2 Pkt. 1.2. ausfüllen) Sozialhilfeempfänger/in (Seite 2 Pkt. 1.2. ausfüllen)

Datenschutzhinweis:

Wir benötigen von Ihnen für die Bearbeitung Ihres Antrags einige persönliche Angaben. Die Grundlage dafür sind § 284 Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 206 SGB V, § 28 o SGB IV und § 94 SGB XI i.V. mit § 50 SGB XI. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bitten wir Sie auch um Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail-Adresse. Empfänger Ihrer Daten können von uns beauftragte Dienstleister sein.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter <https://www.bkk-provita.de/datenschutz>. Bei Fragen wenden Sie sich an die BKK ProVita, Münchner Weg 5, 85232 Bergkirchen oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@bkk-provita.de.

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Ihr Einverständnis können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung.

Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der BKK ProVita, Münchner Weg 5, 85232 Bergkirchen wahrnehmen. Sie können den Widerruf auch per E-Mail senden an widerruf@bkk-provita.de.

Angaben zur Vorversicherung (Bitte Kündigungsbestätigung beifügen)

Versicherungsart bisher privat krankenversichert pflichtversichert familienversichert freiwillig versichert im Ausland versichert

versichert bei _____ von _____ bis _____

Einwilligung:

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK ProVita meine angegebenen Daten verarbeitet und verwendet, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der BKK ProVita sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der BKK ProVita informieren und beraten und um Meinungsforschung durchführen zu können, auch per E-Mail oder Telefon. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Ort und Datum

Unterschrift

Wichtige Informationen zur Beitragseinstufung

Pkt. 1.1. Selbständigkeit (Bitte Kopie der Gewerbeanmeldung beifügen.)

Ich übe eine	<input type="radio"/> hauptberufliche selbständige Tätigkeit aus <input type="radio"/> nebenberufliche selbständige Tätigkeit aus	seit	als	wöchentliche Arbeitszeit
Anzahl der Beschäftigten	Entgelt aller Beschäftigten übersteigt die Geringfügigkeitsgrenze (nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV)			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ich wähle	<input type="radio"/> gesetzliches Krankengeld gegen Zahlung des allgemeinen Beitragssatzes	<input type="radio"/> den Wahltarif Krankengeld (Bitte um weitere Informationen)		

Pkt. 1.2. Einkommenserklärung freiwillige Versicherung/Rentenansragssteller

(Art und Höhe der Einnahmen)

	des Versicherten		des Ehegatten/Lebenspartner(LpartG) (wenn nicht gesetzlich versichert)	
	monatlich €	jährlich €	monatlich €	jährlich €
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, Veräußerungsgewinne, Beteiligungen Bitte letzten Einkommenssteuerbescheid beifügen.				
Arbeitsentgelte aus einer Beschäftigung (Bruttolohn/Bruttogehalt, Sachbezüge, Provisionen, Vorruhestandsgeld u. ä.) Bitte Gehaltsabrechnung beifügen.				
Einmalzahlungen (z. B. Urlaubs-, Weihnachtsgeld) Bitte Nachweis beifügen.				
Renten (z. B. Alters-, Hinterbliebenen- u. Unfallrenten, ausländische Renten) Bitte Kopie des Rentenbescheids beifügen.				
Versorgungsbezüge (z. B. Pensionen, Betriebs- u. Zusatzrenten) Bitte Kopie des Bescheids beifügen.				
Dienstbezüge als Beamter/Beamtin Bitte Kopie Bezügemitteilung beifügen.				
Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung Bitte letzten Einkommensteuerbescheid beifügen.				
Einkünfte aus Kapitalvermögen ohne Abzug des Sparerfreibetrages bzw. Werbungskostenpauschbetrages Bitte letzten Einkommensteuerbescheid beifügen.				
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt (ohne Kindergeld und Wohngeld), Unterhaltsgeld				
Hilfe zum Lebensunterhalt (z. B. Sozialhilfe, Grundsicherung) Bitte Bescheids beifügen.				
Gründungszuschuss der Agentur für Arbeit Bitte Nachweis beifügen.				
Abfindung wegen Ende der Beschäftigung Bitte Vereinbarung beifügen.				
Sonstige Einnahmen / Lebensunterhalt wird sichergestellt durch:				

Angaben zur Pflegeversicherung Haben Sie Kinder? Kinderberücksichtigungsgesetz (KiBG)

nein

ja Bitte Nachweis beifügen.

Pkt. 1.3. Einkommenserklärung Rentner

(Art und Höhe der Einnahmen des Versicherten)

	Zutreffendes bitte ankreuzen!		monatlich €	jährlich €
Renten (z. B. Alters-, Hinterbliebenen- u. Unfallrenten) Bitte Kopie des Rentenbescheids oder die letzte Renten Anpassungsmitteilung beifügen.	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Höhe:		
Ausländische Renten Bitte Nachweis beifügen.	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Höhe:		
Private Rente Bitte Nachweis beifügen.	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Höhe:		
Versorgungsbezüge (z. B. Pensionen, Betriebs- u. Zusatzrenten) Bitte Kopie des Bescheids beifügen.	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Höhe:		
Kapitalleistungen (Direktversicherung)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Höhe:		
Einkünfte aus Gewerbebetrieb (z. B. Photovoltaikanlage) Bitte letzten Einkommensteuerbescheid als Nachweis beifügen.	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Höhe:		
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit Bitte letzten Einkommensteuerbescheid als Nachweis beifügen.	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Höhe:		
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft Bitte letzten Einkommensteuerbescheid als Nachweis beifügen.	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Höhe:		

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise (z. B. Steuerbescheid) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice BKK ProVita
Waisenhausring 6
06108 Halle (Saale)

... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

- (1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden
- (2) auf einen Briefumschlag kleben
- (3) Beitrittserklärung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

